

образования, Минобороны на любых уровнях района, области, территории, республики, России.

Например, в сильных Ставропольском и Краснодарском краях, в Якутии совещания по туберкулезу проводили на межведомственных совещаниях под руководством зам. главы администрации по социальным вопросам для заместителей глав администраций

районов, отвечающих за проблему туберкулеза, с приглашением фтизиатров и сотрудников других ведомств. Туберкулез многообразен и безбрежен как мир. В статье лишь несколько аспектов этой проблемы, вызывающих раздумья и дающих, на наш взгляд, темы для дискуссии и принятия решений.

Поступила 22.11.01

## Оригинальные исследования

© СУХОВ В.М., ГНЕЗДИЛОВА Е.В., 2002

УДК 616.24-002.52-085.33

*В.М.Сухов, Е.В.Гнездилова*

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФЛОКСАЦИНА, ЛИКОПИДА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Самарский государственный медицинский университет

AN EXPERIENCE OF APPLICATION OF OFLOXACINE, LIKOPID AND PSYCHOLOGICAL  
CORRECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC LUNG TUBERCULOSIS

*V.M.Sukhov, E.V.Gnezdilova*

#### Summary

The article demonstrates results of treatment of 32 patients with chronic fibrous-and-cavernous BK-positive lung tuberculosis with the lung tissue destruction. The treatment course lasted for 3 months and involved 4 or 5 antituberculosis drugs including ofloxacin. All the patients received the domestic immune modulating drug Likopid as a pathogenic therapy. A psychological correction was used according to the "Phthisa-school" educating programme. The combined therapy of the chronic lung tuberculosis patients using ofloxacin, Likopid and psychological correction was quite effective. BK contamination decreased including highly viable *Micobacteria*; a volume of the lung tissue destruction reduced. Our experience can be recommended for treatment of chronic lung tuberculosis patients with plentiful contamination by drug-resistant *Micobacteria*.

#### Резюме

В статье приведены результаты лечения 32 больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с бацилловыделением и распадом легочной ткани. Курс лечения продолжался 3 мес и включал 4-5 противотуберкулезных препаратов, в том числе офлоксацин. В качестве средства патогенетической терапии всем больным был назначен отечественный иммуномодулятор глюкозаминилмурамилдипептид (ликопид). Для создания настроения на благополучный исход заболевания, повышения дисциплины лечения и выполнения правил личной гигиены проводилась психологическая коррекция в рамках образовательной программы "Фтиза-школа". Комплексное лечение больных хроническим туберкулезом легких, включавшее офлоксацин, липопид и психологическую коррекцию, оказалось достаточно эффективным. Уменьшилось бацилловыделение, в том числе микобактерий с высокой жизнеспособностью, уменьшился объем распада легочной ткани. Наш опыт лечения может быть рекомендован к применению в практике врачей-фтизиатров при лечении больных хроническим туберкулезом легких с обильным бацилловыделением лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий.



Неблагополучная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России в последние годы обуславливает необходимость разработки и внедрения в практику новых эффективных методов лечения больных туберкулезом.

Правительство Российской Федерации утвердило Федеральную целевую программу № 582 от 11 июня 1998 г. "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 гг."

Основной целью программы является стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Это возможно при условии эффективного лечения больных и прекращения ими бацилловыделения.

Известно, что туберкулез легких приводит к изменению структуры личности, нарушает межличностные отношения. Потеря веры в благополучный исход заболевания препятствует адекватной терапии, социальная дезадаптация проявляется в игнорировании правил личной гигиены [1,4,5,8,12–14]. Для повышения эффективности лечения больного туберкулезом легких необходимо сделать его активным участником процесса выздоровления, вселить ему веру в благополучный исход, который зависит от его дисциплины лечения, точности выполнения врачебных назначений.

Современная терапия больных туберкулезом является комплексной и включает применение фторхинолонов [6]. Новая технология лечения туберкулезной инфекции отличается от существующих режимов химиотерапии индивидуализированным подходом к назначению противотуберкулезных препаратов, обладающих наряду с противотуберкулезной активностью широким спектром антимикробной активности.

По данным литературы, туберкулез вне зависимости от формы клинических проявлений характеризуется вторичной иммунологической недостаточностью [3,7,9,11]. В качестве средства патогенетической терапии без контроля за иммунограммой рекомендовано использовать иммуномодуляторы, например отечественный препарат глюкозаминилмурамилдипептид (ликопид).

Целью исследования являлось определение эффективности одновременного применения офлоксацина, иммуномодулятора ликопида и психологической коррекции у больных хроническим туберкулезом легких.

Была обследована группа больных, мужчин и женщин, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, проходивших курс стационарного лечения в туберкулезном отделении городской туберкулезной больницы №4 Самары. Больные были обследованы общеклиническими, рентгенологическими, бактериологическими, функциональными методами.

Выраженность симптомов туберкулезной интоксикации оценивалась по 5-балльной системе: 1–2 балла — синдром туберкулезной интоксикации выражен значительно, наблюдается отрицательная динамика; 3 балла — синдром интоксикации выражен умеренно и без отрицательной динамики; 4 балла — сам пациент жалоб не предъявляет, симптомы

выражены слабо; 5 баллов — общее состояние пациента можно считать вполне удовлетворительным.

Жизнеспособность микобактерий туберкулеза оценивали по следующим критериям: низкая жизнеспособность — число колоний менее 20, высокая жизнеспособность — число колоний более 20.

Клинические, рентгенологические, бактериологические характеристики больных были проанализированы и представлены в табл.1.

Анализ табл.1 свидетельствует о том, что у всех больных имеется хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких с бактериовыделением и распадом.

Курс терапии проводился в течении 3 мес 4–5 противотуберкулезными препаратами. Ликопид был назначен всем больным по схеме: 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней и затем повторно по 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Для создания настроения на благополучный исход заболевания с каждым больным проводилась индивидуальная образовательная программа по методике "Фтиза-школы". [2]. Больные получали достоверную информацию о своем заболевании в позитивном ключе. В результате этого у них изменялось отношение к болезни, они понимали, что туберкулез излечим, исход заболевания находится в их руках и зависит от дисциплины лечения, точности выполнения врачебных назначений. Вынужденная социальная изоляция, обусловленная страхом заражения близких и окружающих, может быть преодолена при соблюдении больными правил личной гигиены. Образовательная программа была разработана по результатам обследования 464 больных туберкулезом легких и внедрена в практику работы туберкулезного отделения городской туберкулезной больницы №4. Практикой применения образовательной программы доказано, что она является способом целенаправленной психологической коррекции больных туберкулезом легких. "Фтиза-школа" может проводиться с группой больных или индивидуально, как в данном случае, при этом также корректируются семейные и межличностные отношения. Тематика занятий следующая:

1. Общие сведения о туберкулезе.
2. Принципы современной химиотерапии туберкулеза.
3. Понятие о хронической обструктивной болезни легких, необходимость пикфлоуметрии для самоконтроля.
4. Патогенетическая терапия туберкулеза. Особенности питания при туберкулезе.
5. Лечебная физическая культура и закаливание при туберкулезе.
6. Личная гигиена больного туберкулезом.

Психологическая коррекция способствовала дисциплинированному и точному выполнению врачебных назначений. Рентгенологическое и бактериологическое обследование проводилось до начала лечения и сразу после его окончания.

Эффективность лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с одновременным приме-



Таблица 1

## Характеристики больных туберкулезом

| Показатель                                    | Число больных | %         |
|-----------------------------------------------|---------------|-----------|
| Всего больных                                 | 32            | 100,0     |
| Пол:                                          |               |           |
| мужской                                       | 24            | 75,0      |
| женский                                       | 8             | 25,0      |
| Возраст, годы                                 |               |           |
| до 20                                         | 1             | 3,1       |
| 20–29                                         | 4             | 12,5      |
| 30–39                                         | 10            | 31,3      |
| 40–49                                         | 16            | 50,0      |
| 50–59                                         | 1             | 3,1       |
| фиброзно-кавернозный туберкулез               | 32            | 100,0     |
| Распространенность процесса:                  |               |           |
| односторонний в пределах доли                 | 1             | 3,1       |
| односторонний более доли                      | 12            | 37,5      |
| двусторонний в пределах доли с каждой стороны | 15            | 50,0      |
| двусторонний распространенный                 | 3             | 9,4       |
| Бактериовыделение                             |               |           |
| БК+                                           | 32            | 100,0     |
| в том числе с высокой жизнеспособностью БК    | 23            | 71,9      |
| Лекарственная устойчивость:                   |               |           |
| всего                                         | 12            | 37,5      |
| к одному препарату                            | 5             | 15,6/41,6 |
| к двум препаратам                             | 3             | 9,4/25,0  |
| к трем препаратам                             | 2             | 6,3/16,7  |
| более трех препаратов                         | 2             | 6,3/16,7  |
| Клинические проявления интоксикации:          |               |           |
| выраженные                                    | 28            | 87,5      |
| умеренные или слабые                          | 4             | 12,5      |
| отсутствуют                                   | –             | –         |
| Наличие распада:                              |               |           |
| всего                                         | 32            | 100,0     |
| несколько полостей                            | 29            | 90,6      |
| одна полость                                  | 3             | 9,4       |
| Химиотерапия:                                 |               |           |
| изониазид                                     | 29            | 90,6      |
| рифампицин                                    | 26            | 81,3      |
| заноцин                                       | 25            | 78,3      |
| пиразинамид                                   | 20            | 62,5      |
| стрептомицин или канамицин                    | 17            | 53,2      |
| этамбутол                                     | 17            | 53,2      |
| прочие                                        | 4             | 12,8      |

Таблица 2

## Эффективность лечения

| Показатель                           | До начала лечения (n=32) | По окончании лечения (n=32) |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Клинические проявления интоксикации: |                          |                             |
| выраженные                           | 28                       | 3                           |
| умеренные и слабые                   | 4                        | 18                          |
| отсутствуют                          | –                        | 11                          |
| Распад ткани:                        |                          |                             |
| несколько полостей                   | 29                       | 14                          |
| одна полость                         | 3                        | 11                          |
| отсутствие полостей                  | –                        | 7                           |
| Бактериовыделение:                   | 32                       | 14                          |
| с высокой жизнеспособностью БК       | 23                       | 5                           |
| отсутствие бактериовыделения         | –                        | 18                          |

нением офлоксацина, липоида и целенаправленной психологической коррекции была проанализирована и представлена в табл.2.

Анализ результатов свидетельствует, что комплексное лечение больных хроническим туберкулезом легких, включающее офлоксацин, липоид и психологическую коррекцию, оказалось достаточно эффективным. Уменьшилось бактериовыделение, в том числе микобактерий с высокой жизнеспособностью, объем распада легочной ткани.

Прекращение бактериовыделения повышает коммуникацию пациентов, их социальную активность.

Наш опыт лечения больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с одновременным использованием фторхинолона офлоксацина, иммуномодулятора глюкозаминилмурамилдипептида (липоида) в качестве патогенетической терапии и целенаправленной психологической коррекции может быть рекомендован к применению в практике врачей-фтизиатров при лечении больных хроническим туберкулезом легких с обильным бактериовыделением лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий.

## ЛИТЕРАТУРА.

1. Арламов Ш.Ш., Яушев М.Ф., Шпанер И.Я. и др. Медико-социальные характеристики больных туберкулезом легких на стационарном этапе лечения. Пробл. туб. 1996; 3: 16–18.
2. Гнездилова Е.В. Фтиза-школа как способ психологической и социальной коррекции больных туберкулезом легких. Там же 2002; 3: 11–12.
3. Иванов В.Т., Хаитов Р.М., Андропова Т.М., Пинегин Б.В. Липоид (глюкозаминилмурамилдипептид) — новый отечественный иммуномодулятор для лечения и профилактики заболеваний, связанных со вторичной иммунологической недостаточностью. Иммунология 1996; 2: 4–6.



4. Колесников В.В. Профилактика и пути повышения эффективности лечения туберкулеза у социально-дезадаптированных лиц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1990.
5. Колесников В.В. Социальные аспекты диспансеризации больных туберкулезом легких. В кн.: Сборник резюме 3-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. СПб; 1992. 955.
6. Новые технологии химиотерапии туберкулезной инфекции: Пособие для врачей. М.; 2000.
7. Носков Ф.С., Никитин Л.Е., Масленникова Л.К. и др. Иммуностимулирующая и антиинфекционная активность синтетических аналогов гликопептидов бактериальной клеточной стенки. Иммунология 1984; 4: 53–55.
8. Панкратова Л.Э. Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению. В кн.: Сборник резюме XII/XIV Съезда Научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. 233.
9. Старостенко Е.В., Селицкая Р.П., Салпагарова А.М. и др. Обоснование дифференцированного использования неспецифических патогенетических средств в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Пульмонология 2001; 1: 1–15.
10. Толстых А.С. О некоторых психологических особенностях больных туберкулезом. Пробл. туб. 1990; 8: 69–70.
11. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммунодефициты: диагностика и иммунотерапия. Лечащий врач 1999; 2–3: 12–14.
12. Худзик Л.Б., Шульгина З.Л., Морозова Т.И., Тонканица В.А. Психическое состояние впервые выявленных больных туберкулезом легких и его влияние на течение заболевания. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск; 1996. 502.
13. Rodrigo T., Cayla J.A. Characteristics of patients with tuberculosis generate secondary cases. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 1997; 1 /4/: 352–357.
14. Schluger N.W. Tuberculosis infection and disease among persons seeking social service in New York city. Ibid. /1/: 31–37.

Поступила 01.03.02

© ЯУШЕВ М.Ф., 2002

УДК 616.24–002.5–07:616.24–008.4–072.2–031:611.329

*М.Ф. Яушев*

## ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА ПИЩЕВОДНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРАМЕТРОВ МЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Кафедра фтизиопульмонологии Казанского государственного  
медицинского университета Минздрава РФ

INFORMATIVE VALUE OF ESOPHAGEAL PROBING METHOD FOR ASSESSMENT  
OF RESPIRATORY MECHANICS PARAMETERS IN LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

*M.F. Yaushev*

### Summary

To evaluate respiratory mechanics parameters 78 lung tuberculosis patients were examined. Patients with acute infiltrative tuberculosis predominated. The study design included the flow — volume loop, the body-plethysmography, the static and dynamic compliance. Ventilation disorders were absent in 25 (32.1%) patients, the insulated obstruction was in 25 (32.1%) patients, the insulated restriction was in 4 (5.1%) patients and combined obstructive and restrictive disorders were in 24 (30.2%) patients. Lung function disturbances were registered in local (50%) and diffuse (62 to 71%) tuberculosis forms as well. A severity of the ventilation disorders depended on a spread, duration and a form of the lung tuberculosis. Changes in the static and dynamic lung compliance were different and due to pleural-and-pulmonary adhesions at the upper segments of the lungs, severity of the ventilation disorders and a spread of the pathological process.

### Резюме

Для оценки информативности показателей механики дыхания при туберкулезе легких было комплексно обследовано 78 больных с вновь выявленным туберкулезом легких: преобладали больные со свежим инфильтративным туберкулезом. Исследование механики дыхания включало поток–объем форсированного выдоха, общую плетизмографию, метод пищевода зондирования. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) выявило отсутствие вентиляционных нарушений у 25 (32,1%), изолированную обструкцию у 25 (32,1%), смешанные обструктивно-рестриктивные нарушения у 24 (30,8%), изолированную рестрикцию у 4 (5,1%). Нарушения ФВД регистрировались как при свежем локальном процессе (при туберкулезе у 50%), так и при распространенном туберкулезе (от 62% больных при инфильтративном туберкулезе до 71% при диссеминированном). Выраженность этих изменений